

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 111.

LE ZONA

AVEC ÉRUPTION GÉNÉRALISÉE

(Contribution à l'étude clinique du Zona)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juin 1909.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GIRARD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Cluny (Saône-et-Loire), le 23 juin 1883.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

LE ZONA
AVEC ÉRUPTION GÉNÉRALISÉE

(Contribution à l'étude clinique du Zona)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 111.

LE ZONA

AVEC ÉRUPTION GÉNÉRALISÉE

(Contribution à l'étude clinique du Zona)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juin 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GIRARD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Cluny (Saône-et-Loire), le 23 juin 1883.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLETT.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	M. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. REGAUD.	MM. J. LEPINE.	MM. MOUNEYRAT.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET, ch..
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch..
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BRETIN, ch..
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE; Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, *Président*; M. ROLLET, *Assesseur*;
MM. LANNOIS, *professeur*, et VORON, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le docteur BRET, médecin des hôpitaux.

Monsieur le professeur adjoint ROCHET, chirurgien major de
l'Antiquaille.

Monsieur le professeur PAVIOT, médecin des hôpitaux.

Monsieur le professeur COLLET, médecin des hôpitaux.

Monsieur le professeur NICOLAS, médecin des hôpitaux.

Monsieur le professeur A. POLOSSON, chirurgien des hôpitaux.

Monsieur le professeur CURTILLET, directeur de l'Ecole de
médecine d'Alger.

INTRODUCTION

Le zona typique des anciens auteurs était décrit comme une éruption érythémato-vésiculeuse bien localisée à un territoire nerveux.

Nous avons été témoin, dans la clinique du professeur Nicolas, à l'hôpital Saint-Pothin, d'un cas de zona cervico-brachial accompagné d'une éruption herpétique disséminée sur la totalité du tégument. Une observation publiée par Lacapère et Fernet, à la Société de Dermatologie, en février 1909, attira notre attention, et depuis nous avons recueilli dans la littérature de nombreux faits analogues, les uns épars, les autres réunis déjà dans la thèse inaugurale de Champion (1), grâce auxquels nous avons vu la grande variabilité des formes cliniques de l'éruption zostérienne, depuis la forme classique jusqu'à la forme généralisée.

Nous ne nous occuperons, dans ce travail, que de la variabilité du symptôme éruption, c'est-à-dire de la topographie du zona. Nous laisserons de côté les formes aty-

(1) Champion, thèse Paris 1900 : *Manifestation à distance du zona.*

piques du fait de la variabilité des autres symptômes et de leurs manifestations à distance (douleurs, paralysie, troubles trophiques...).

Tous ces symptômes, rappelant ceux d'une maladie générale, seront retrouvés plus loin dans l'interprétation des faits.

Nous tenons à remercier à cette place tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, et en particulier, c'est à M. le professeur Nicolas que vont nos remerciements pour l'affabilité avec laquelle il nous reçut toujours dans son service soit pendant notre externat, soit après; il nous inspira le sujet de cette thèse; de ses leçons, de ses conseils, de sa bienveillance nous lui gardons une profonde reconnaissance.

Nous tenons à apporter aussi à M. le professeur-adjoint Rochet le tribut de notre gratitude pour l'accueil si bienveillant qu'il nous fit toujours dans son service pendant et après notre externat. Nous n'avons pu profiter suffisamment de ses leçons au cours de ces derniers mois, mais nous l'assurons de toute notre reconnaissance et nous garderons de ses conseils un précieux souvenir.

Nous remercions également M. le professeur Rollet et M. le professeur agrégé Voron, qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Nous n'aurions garde, avant de quitter le milieu de la Faculté et des hôpitaux, d'omettre M. le professeur Paviot, non seulement pour son enseignement et ses bonnes leçons pendant un semestre d'externat que nous avons passé dans son service, mais c'est encore pour des raisons plus intimes et plus personnelles que nous l'assurons de notre reconnaissance.

Nous avons gardé aussi un souvenir bien précieux de M. le professeur Curtillet, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, qui, pendant six mois passés à l'hôpital de Mustapha, nous a attaché à son service d'une façon extrême de bienveillance; il ne nous ménagea aucun conseil et de ses bonnes leçons au lit des malades il a droit à toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

ZONA TYPIQUE

Le zona était décrit par les auteurs classiques comme une affection bien localisée : à savoir une éruption érythémateuse, vésiculeuse, puis croûteuse, correspondant à un territoire nerveux toujours bien déterminé. Le plus souvent cette éruption siégeait sur le trajet des nerfs intercostaux, c'est-à-dire en ceinture, d'où son nom de zona, ceinture, ou d'herpès zoster. Donc le fait qu'on donnait à une éruption le nom de zona signifiait que cette éruption suivait de plus ou moins près un trajet nerveux, correspondait au territoire de distribution cutanée d'un nerf, et s'arrêtait juste au niveau de la ligne médiane de même que les filets nerveux.

Cette affection cutanée semblait donc correspondre à une lésion nerveuse sous-jacente et « le zona aurait dû reproduire, pour être parfait, un syndrome englobant la totalité des troubles de fonctionnement du nerf, troubles de sensibilité, de motricité, de trophicité, et, pour certains nerfs spéciaux, troubles de sécrétions et troubles sensoriels. Mais, de par la bénignité générale de la maladie, deux symptômes seulement sont à retenir, la douleur et

l'éruption, la douleur même faisant souvent défaut, en particulier chez les enfants (1). »

Le fait donc d'une éruption localisée à un territoire nerveux, sans autres troubles apparents des nerfs, était du zona. De là découlèrent de nombreuses théories sur la pathogénie et l'étiologie de cette affection « passablement complexe et parfois obscure (2) ».

Au début du xix^e siècle, Willan, puis Alibert, en 1822, le classaient encore dans les affections dartreuses; ils n'avaient pas vu le rapport étroit entre les nerfs sous-jacents et l'éruption cutanée; ils en faisaient simplement de l'herpès, herpès zoster, nom d'ailleurs qui devait survivre en Angleterre et en Allemagne.

Mais bientôt Rayer, en 1835, Parrot, en 1856, virent le rapport entre l'éruption et la douleur névralgique, subordonnèrent celle-là à celle-ci; le zona n'était pour eux qu'un trouble secondaire à l'existence d'une névralgie.

Bärensprung, le premier, en 1863, montra l'origine nerveuse de l'affection. Pour lui la lésion principale siégeait dans le ganglion spinal et il se basait sur de nombreuses autopsies. Charcot abonda dans son sens en 1865. Head et Brissaud, puis Achard en firent alors une affection médullaire, une maladie du métamère spinal, et Döngradi s'inspira de ces idées dans sa thèse inaugurale, en 1895. Puis Head revint à l'idée première de Bärensprung et développa la théorie ganglionnaire du zona.

(1) Champion, thèse Paris, 1899-1900.

(2) E. Rist. zona. — Pratique dermatologique Besnier, Brocq, Jacquet.

Il n'en est pas moins vrai que pour tous ces auteurs, c'est là une affection localisée à un territoire nerveux, que le point de départ soit un ganglion spinal ou un métamère de la moelle, et le terme qui persista à s'accoler au nom de zona fut celui d'affection localisée.

Landouzy résuma ces théories en disant : « Il est devenu élémentaire d'affirmer, depuis les travaux de Bärensprung, de Charcot, de mon très regretté maître Parrot, de Danielssen, de Mittchel, de Wyss et d'autres auteurs, que derrière cette dermopathie se cache une neuropathie. Il y a là lésion d'un ganglion spinal, et l'éruption vésiculeuse est la traduction du trouble apporté dans la fonction trophique des nerfs tout comme une paralysie radiale ou une névralgie cubitale ne sont que la traduction du trouble apporté dans l'une des fonctions d'un nerf mixte (1). »

Et c'est encore Landouzy qui, en 1883, conçut l'idée du zona véritable maladie générale, non plus localisée, puisque générale, mais se localisant, et il écrivit cette phrase :

« Le propre de la maladie zostérienne est de se déterminer sur un ganglion nerveux, comme le propre de la maladie ourlienne est de se déterminer sur la parotide (2) »

Il entrevoyait alors la généralisation de la maladie, maladie qui avait tendance à se localiser sur un ganglion spinal pour déterminer une éruption sur le territoire cutané correspondant.

(1) Landouzy. — Zoster et fièvre zostérienne. *Semaine Médicale* 1883, p. 245.

(2) Landouzy, *loc. cit.*

Il existe de nombreux cas pourtant dans la littérature médicale où l'éruption quitta ce type classique et si attrayant par sa logique, pour revêtir des formes s'éloignant de plus en plus des formes typiques, pour aller jusqu'à des formes véritablement anarchiques, si bien qu'il semble un non-sens de les ranger encore sous le nom de zona.

✓ Dans ces cas que nous allons envisager, l'éruption ne sera plus très fidèle à un trajet nerveux, d'ailleurs y est-elle toujours bien fidèle ? Troussseau avait déjà remarqué ce fait que dans les zonas intercostaux la direction de l'éruption coupait à 35° la direction du nerf, car l'éruption est à peu près perpendiculaire à l'axe du corps, tandis que les nerfs sont beaucoup plus obliques. Bassereau, dans sa thèse, avait déjà constaté ce fait; puis, plus tard, Dongrad. Néanmoins il est classique de faire du zona « une dermatose correspondant à une neuropathie sous-jacente (1) », neuropathie due probablement, d'après Landouzy et de nombreux auteurs après lui, à des causes générales, à une véritable imprégnation de l'organisme par une infection. Et les faits que nous allons rapporter nous aiderons à nous rallier à cette théorie.

Il est bien entendu que nous éliminons dès le premier abord les éruptions zostéroïdes, comme il est convenu d'appeler les zonas symptomatiques d'affections nerveuses et qui s'observent au cours des maladies de la moelle atteignant le cordon postérieur, surtout dans le cours de l'ataxie locomotrice, sur les membres atteints de douleurs fulgurantes (Charcot); de même ceux qu'on a signa-

(1) Landouzy, *loc. cit.*

lés à la suite de lésions ou de traumatismes des nerfs, plaies ou contusions, comme l'ont observé des chirurgiens américains, Weir Mitchell en particulier (1) », de même les zonas toxiques : par le plomb (Louis), l'oxyde de carbone (Leudet), l'arsenic (Hutchinson), l'urémie (Rendu) ; par les substances toxiques alimentaires, témoin ce cas de deux frères absorbant des moules et faisant l'un de l'urticaire, l'autre du zona ; de même les zonas par toxines microbiennes et liés à l'existence d'une maladie en évolution : rhumatisme (Leudet), typhoïde (Charcot), scarlatine (Letulle), et surtout tuberculose (Arnaud).

Nous ne parlerons que du zona idiopathique, venant d'une façon aiguë, chez un sujet en bonne santé, sans cause apparente d'intoxication ou autre.

(1) Gaucher. — *Leçons sur les maladies de la peau.*

CHAPITRE II

ZONAS ATYPIQUES

Nous allons passer en revue rapidement toutes ces formes atypiques de zona, depuis les plus simples jusqu'à celles faisant prévoir le type anarchique et paradoxal de zona généralisé.

Les plus anciens auteurs concédaient bien que l'éruption vésiculeuse ne s'arrêtait pas exactement à la ligne médiane, ni ne suivait le trajet du nerf d'une façon rectiligne; toujours quelques vésicules semblaient s'échapper des limites de l'éruption, soit à plus ou moins de distance du siège principal, soit au delà de la ligne médiane, de même que dans beaucoup d'affections cutanées, dans les eczémas, dans les dermites professionnelles, toujours quelques petites vésicules ou pustulettes semblent semées à plus ou moins grande distance de la lésion principale.

Mais il est des formes vraiment atypiques de par leur topographie, et nous passerons successivement en revue:

Les zonas bilatéraux symétriques;

Les zonas bilatéraux non symétriques;

Les zonas dédoublés et bifurqués;

Les zonas avec placards aberrants;

Les zonas hémiplégiques.

Zonas bilatéraux symétriques.

Les zonas bilatéraux étaient connus des anciens auteurs qui les croyaient d'une gravité toute particulière, si bien qu'Alibert disait :

« Un auteur allemand prétend que l'éruption a pu faire une fois le tour du corps et former un cercle complet ; je n'ai jamais été témoin de ce fait qui doit être extrêmement rare et qu'on dit être mortel, mais j'ai vu l'exemple curieux de deux zones qui saisissaient les flancs. »

Pline l'Ancien, dans son *Histoire naturelle*, le considère comme mortel « et enecat si cinxerit ». De nombreuses observations en ont été rapportées, nous citerons les cas de Montaut, en 1829, de Franck, en 1838. Testut (1), dans sa thèse inaugurale, rapporte un cas, observé par le Dr Peyre, de zona bilatéral du thorax. Hallopeau et Barié, en 1892, en citent un cas à la Société de Dermatologie ; puis Cantrel (2), en 1898, rapporte un cas de zona bilatéral correspondant au douzième nerf intercostal des deux côtés. Guérison.

Cette forme, quoique déjà atypique de par la ceinture complète, ne l'est pas à proprement parler, car la topographie reste assez fidèle au schéma du zona et l'affection est toujours localisée.

Zonas bilatéraux non symétriques.

Quant aux zonas doubles, non symétriques, Fabre, de Commeny, en 1903, nous apporte « son expérience de

(1) Testut, thèse Paris 1876 : *La symétrie dans les affections de la peau.*

(2) Cantrel. *The Philadelphia polyclin* (in thèse Champion).

médecin de campagne », dit-il, en se basant sur 231 cas de zonas observés pendant une période de trente-sept ans. Sur ces 231 cas, il n'a observé qu'un cas de bilatéralité non symétrique (1).

Il s'agissait d'une femme de 76 ans qui, pendant trois jours, souffrit de douleurs névralgiques violentes dans la région dorsale droite; trois jours après, apparition de rougeurs vers le septième espace droit, et de quatre plaques d'herpès sur la cuisse gauche, en arrière, sur le trajet du sciatique. L'éruption a nettement les caractères d'un zona.

Le professeur Alfred Fournier (2), en juillet 1900, à la Société de Dermatologie, citait un cas de zona double et alterne, non symétrique, où l'éruption intéressait la fesse droite, la cuisse droite et la partie supérieure gauche du thorax.

D'autre part, Chavanne, à la Société française de Rhinologie et d'Otologie, en 1906, rapporte un cas de zona bilatéral de l'oreille.

Boulland, en plus, dans sa thèse, en 1888, rapporte de nombreux cas de bilatéralité symétrique ou non du zona; mais le sien propre, « zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé », sera un exemple que nous reprendrons plus loin, car il cadrera avec nos observations de zona généralisé.

Fabre va aller plus loin, et d'après sa statistique, il va nous citer des cas de zonas dédoublés, puis bifurqués.

(1) Fabre. *Progrès Médical*, 24 oct. 1903.

(2) Fournier. Société dermatologique, juillet 1900.

Zonas dédoublés et bifurqués.

Par zonas dédoublés, il entend ceux dans lesquels la bifurcation s'effectue près du point de départ de l'éruption; dans les bifurqués, la division se manifeste assez loin de la première plaque herpétique.

Il cite trois cas de zonas dédoublés :

Le premier, chez un enfant de 6 ans et 9 mois : zona intercostal droit des deuxième, troisième et quatrième espaces. L'éruption se bifurque vers l'épaule, et quelques plaques vésiculeuses descendent sur la face interne du bras jusqu'au coude.

Le deuxième est un zona lombaire chez une femme de 38 ans; l'éruption contourne le bassin jusqu'à la vulve et envoie un prolongement à la face interne de la cuisse.

Le troisième cas est analogue.

Il cite en outre 17 cas de zonas bifurqués, dont un cas observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service d'Hilloiret, en 1869, où, avec un large zona lombo-abdominal coïncide une plaque isolée vers le pubis, allant vers la face interne de la cuisse.

Il a même vu des cas de trifurcation, dont l'un, occupant la nuque, le côté gauche du cou, la partie supérieure du thorax, le troisième espace intercostal gauche, la face postérieure de l'épaule et toute la longueur du bras et de l'avant-bras, et auquel, dit-il, d'après la terminologie de von Bärensprung, il faudrait donner le nom de zona occipito-dorso-cervico-pectoro-brachial gauche.

Mais, dans tous les cas rapportés ci-dessus, en somme le zona semble atteindre la même région, qu'il soit uni

ou bilatéral, il semble procéder selon un ordre, partant d'une éruption principale pour envoyer des prolongements à distance, suivant des territoires nerveux plus ou moins voisins.

Zonas avec placards aberrants.

Nous arrivons maintenant à des formes où l'affection atteint des territoires tout à fait différents, et ces formes ont été, depuis, groupées sous l'étiquette de « zonas avec placards aberrants ».

C'est d'abord l'observation de Bradshaw (1), où le zona frontal existait en même temps que le zona intercostal du troisième espace, tous deux du côté gauche du corps. Ces deux zonas correspondaient donc à des territoires nerveux différents : première branche du trijumeau et troisième nerf intercostal.

Puis, c'est celle de Fox (2), qui présente un unique placard à distance. Il s'agissait d'un enfant de deux mois et demi qui montrait une éruption typique de zona du tiers supérieur de la face interne des deux cuisses, avec une plaque isolée, très nette, au milieu du mollet droit. Ici, l'affection a donc porté sur le nerf crural de chaque côté et sur le sciatique poplité interne droit.

Legendre, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, en 1898, cite le cas d'une femme qui avait un zona intercostal droit très caractéristique; huit jours après, elle a un mouvement fébrile, des névralgies, puis apparaît un bouquet d'herpès à la partie inférieure de la fesse droite. Là, il s'agissait de deux poussées de zona suc-

(1) Bradshaw cité dans Champion, *loc. cit.*

(2) Fox cité dans Champion, *loc. cit.*

cessives à plusieurs jours d'intervalle, chose relatée parfois, bien que rare, car elle nie l'immunité classique de l'affection.

Zona hémiplégique.

Nous arrivons maintenant à une forme plus atypique encore et qui est un premier pas vers la généralisation, bien qu'elle soit unilatérale : c'est la forme de zona hémiplégique.

Alibert (1), dès 1822, entrevoyait déjà cette variété, car, à propos d'une éruption zostérienne rapportée par Robba à l'hôpital de Göttingue, qui, comme un ruban, se propageait du bras à l'avant-bras, depuis le deltoïde jusqu'aux environs du carpe, il établit déjà cette comparaison d'avec l'hémiplegie.

Mais ce fut Edmond Fournier qui, en 1895, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, publia un beau cas de « zona généralisé à la presque totalité de la moitié gauche du corps (2) ».

Il s'agissait d'une femme de 23 ans, entrant à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, pour une éruption constituée, dit E. Fournier, par une série de « zonas étagés ». Cette femme avait un passé pathologique chargé : scarlatine, rougeole, typhoïde en bas âge ; hémoptysie à 15 ans, pneumonie, puis pleurésie ; scoliose de l'adolescence ; eut un enfant mort de méningite, et à la suite, péritonite et phlébite, puis hystérectomie, mais pas d'antécédents nerveux, pas de stigmates d'hystérie. Dans les premiers jours de décembre 1894, elle eut une éruption de

(1) Alibert, *loc. cit.*

(2) *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895. — E. Fournier.

zona occupant la région du sein gauche, précédée de phénomènes généraux très accusés (fièvre, frissons, vertiges, céphalée, nausées, anorexie), et accompagnée de douleurs locales très vives.

Depuis, plusieurs poussées éruptives analogues et précédées des mêmes phénomènes généraux, se sont produites à des intervalles irréguliers, et ont occupé diverses régions du corps, toujours du côté gauche.

L'éruption finit par occuper toute la moitié gauche du thorax, en avant et en arrière, toute la région de l'abdomen, des lombes et de la hanche du même côté, les deux tiers supérieurs de la cuisse, le membre supérieur au niveau de la face dorsale du premier espace intermétacarpien et du pouce, et de la face antérieure de l'avant-bras.

Dans toutes ces régions l'éruption est intense, et en quelques points, comme au niveau du sein, elle devient extrêmement confluenta. La morphologie de l'éruption n'eut rien de particulier, peut-être un peu croûteuse et à tendance eczématiforme.

E. Fournier ajoute qu'il n'est plus permis d'observer, dans ce cas, ce qu'on appelle le « trajet anatomique du zona » : là, en effet, on ne peut plus établir de rapport entre la distribution des éléments éruptifs et le trajet des branches nerveuses. Cependant Fournier insiste sur ce point que l'éruption précitée est bien du zona, en s'étayant sur :

L'unilatéralité absolue de l'éruption;

La distribution anatomique parallèle à certain tronc nerveux, comme au bras, par exemple ;

Le caractère névralgique des douleurs.

Nous croyons que cette observation est unique, car,

depuis, nous n'avons trouvé aucun fait à en rapprocher.

Jusqu'ici encore l'éruption zostérienne est restée encore localisée, du moins en une certaine sorte, à plusieurs territoires nerveux non symétriques, soit encore, dans ce dernier cas, à une moitié du corps.

CHAPITRE III

ZONAS ANARCHIQUES COMPLÈTEMENT GÉNÉRALISÉS

Nous arrivons maintenant aux formes vraiment anarchiques, où le zona revêt les caractères d'une éruption non soumise à un ordre, même relatif, et où, comme nous le disions tout à l'heure, il paraît paradoxal de prononcer encore le mot de zona. D'ailleurs, Fabre, à l'autorité compétente de qui nous avons eu recours plus haut, disait que ce nom de zona était très loin de convenir à toutes les formes de l'affection : mais il lui semblait bon de le maintenir néanmoins, car c'était un mot commode, entendu de tous, et il concluait par ce mot de P.-L. Courier : « D'ailleurs, il n'est que de s'entendre (1). »

C'est de ces formes désordonnées de zona que nous voulons surtout nous occuper et sur lesquelles nous voulons attirer l'attention, car elles ne sont pas en somme extrêmement rares, et nous en avons trouvé un certain nombre dans la littérature médicale au cours de ces dernières années.

(1) Fabre, *loc. cit.*

La plupart sont groupées sous le nom de zonas avec vésicules aberrantes, qui, en 1898, firent l'objet de nombreuses communications.

C'est Tenneson, le premier, qui, dans son *Traité de Dermatologie*, résumant son enseignement, remarque ce fait que, dans de nombreux cas de zonas localisés, une attention soutenue et minutieuse montre presque toujours en plus ou moins grand nombre des vésicules herpétiques disséminées sur la totalité du tégument. Il ajoute que ces vésicules naissent par poussées successives, et sont ordinairement peu nombreuses.

Puis, Molinié, dans sa thèse inaugurale, en 1896, vient à l'appui de ces faits par quatre observations personnelles, dont voici le résumé :

Première observation : zona cervical gauche ; douze vésicules aberrantes sur le tronc.

Deuxième observation : zona cervical droit ; une vingtaine de vésicules aberrantes disséminées sur la région dorso-lombaire, l'aisselle gauche, la hanche droite, le pubis, la cuisse droite.

Troisième observation : zona génital à évolution normale ; quelques vésicules sur le tronc et les membres.

Quatrième observation : zona intercostal et vésicules disséminées.

Les dires de Tenneson et les cas rapportés par Molinié ne montraient que quelques vésicules disséminées au hasard, en petit nombre, et très discrètes ; nous allons arriver de plus en plus aux zonas généralisés avec les observations de Janselme et Leredde, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, en 1898.

Nous rappellerons d'abord que Boulland, en 1888,

dans sa thèse inaugurale sur le zona bilatéral, publiait une observation de Brissaud :

OBSERVATION I

(BRISSAUD.)

Il s'agissait d'un cas de zona symétrique intercostal et où l'on pouvait constater la présence de vésicules disséminées sur diverses parties du corps, en particulier sur l'abdomen du côté droit, sur la face antérieure des deux cuisses, sur les seins. Le bras droit était le siège d'une vésicule ; on en trouvait une au niveau de la commissure labiale gauche, et quelques-unes sur le dos à droite et les deux fesses. Leur évolution fut celle du zona.

OBSERVATION II

(LEREDDE et JANSELME.)

S... H., 16 ans, mouleur en cuivre.

18 juillet. — Depuis trois jours souffre de douleurs vagues à l'occasion des mouvements, dans la région sus-claviculaire gauche, et s'aperçoit de l'existence d'une éruption.

En déshabillant l'enfant, on constate l'existence d'un zona cervical gauche caractéristique, formé de plaques rosées, couronnées de bouquets de vésicules cohérentes. Ce zona occupe la région supérieure de l'omoplate en arrière, les régions claviculaire et pectorale externe en avant et sur le bras.

A la face postérieure du tronc, on voit une première plaque située à quatre travers de doigt de la première vertèbre dorsale, à la partie interne de la fosse sus-épineuse gauche. Cette plaque est obliquement allongée vers le moignon de l'épaule. Une deuxième plaque, allongée aussi, mais à grand diamètre horizontal, est située à cheval sur la partie externe de l'épine de l'omoplate. Les vésicules qui recouvrent la première plaque ont un contenu citrin ou blanchâtre, celles de la

deuxième sont remplies d'un liquide séro-sanguinolent, et la plaque a un aspect hémorragique.

Au-dessous et en dehors de cette plaque, on trouve un groupe de quelques vésicules écartées les unes des autres, fermes, nettement rosées.

Sur la moitié gauche du tronc on constate :

1° Un bouquet situé à la partie externe de la clavicule, formé de vésicules cohérentes, dont quelques-unes hémorragiques.

2° Un très petit bouquet formé de trois ou quatre vésicules très claires, à un travers de doigt au-dessus de l'angle trachéo-thoracique.

3° Un placard formé de vésicules disséminées sur la face antéro-externe du bras gauche.

On constate encore sur ce bras, à sa face postérieure, deux vésicules isolées, l'une à quatre travers de doigt au-dessus de l'olécrâne, l'autre à deux travers de doigt au-dessous, formées de vésicules claires cerclées d'une fine auréole rosée.

Une vésicule semblable se trouve à la partie moyenne de la face externe du bras.

Il n'existe aucune douleur spontanée ou provoquée dans le bras gauche et le côté correspondant du cou.

Au niveau des plaques et des vésicules de zona, on ne constate aucun trouble de sensibilité, tout au plus un peu d'hyperesthésie sur les bords du placard de la fosse sus-épineuse.

Mais en examinant complètement l'enfant, on est surpris de constater l'existence de vésicules disséminées sur le tronc, tant du côté droit que du côté gauche ; parmi ces éléments, les uns ont une couleur rosée et sont peu saillants, les autres font une saillie bien nette et sont remplis d'un liquide clair.

Nous noterons, du *côté gauche* : une vésicule citrine au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ;

Une vésicule tendue, saillante, à la partie externe de la région lombaire ;

Une troisième sur la ligne horizontale passant par l'ombilic à trois travers de doigt de celui-ci.

Du *côté droit* : une vésicule au niveau du bord externe du grand droit abdominal, à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes ;

Une seconde, voisine de l'angle trachéo-thoracique, symétrique par rapport au petit placard qui existe à gauche ;

Une autre au-dessous et en dehors du mamelon.

Mais les vésicules aberrantes sont surtout nombreuses à la face postérieure du tronc. Un groupé de trois vésicules cohérentes se voit à un travers de doigt de la neuvième vertèbre dorsale : une vésicule est située au-dessus de la fesse droite ; deux à la face postérieure de la fosse sus-épineuse ; enfin, deux sur la face postérieure du bras droit, l'une au niveau de l'insertion du deltoïde sur l'humérus, l'autre au-dessous.

Il n'existe pas de troubles de sensibilité au niveau de ces vésicules.

Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires et personnels de notre malade, sa santé était bonne, il n'a eu ni angine, ni phénomènes gastriques ; le 14 juillet, il a dansé toute la soirée, sans se griser, dit-il. Depuis, il présente un enrouement persistant.

On constate du strabisme interne gauche.

L'enfant offre un profil d'adénoïdien ; les lèvres sont grosses, le maxillaire allongé, les dents sont petites, écartées, mais bonnes, les amygdales ne sont pas volumineuses, il ne tousse pas. Les ganglions du cou sont tuméfiés des deux côtés, durs, roulant sous le doigt, surtout en arrière et latéralement. Dans les fosses axillaires, on constate des masses ganglionnaires qui ont, à gauche, le volume d'une noix, à droite celui d'une grosse noisette. Les ganglions ne sont pas

douloureux. Pas d'adénoopathie épitrochléenne, micropolyadénite inguinale des deux côtés.

22 juillet. — Aucun élément nouveau n'est apparu ; tous ceux qui ont été relevés le 18 se retrouvent, mais à une période d'évolution plus avancée. Les vésicules de la plaque qui se trouve au niveau de l'épine scapulaire sont desséchées, remplacées par des croûtes hémorragiques qui dépriment la surface de la peau.

L'état général reste excellent, mais l'enrouement persiste.

OBSERVATION III

(LEREDDE et JANSELME.)

L..., pâtissier, 69 ans, entre le 18 juillet 1898 à l'hôpital Saint-Louis, pour un zona dorso-pectoral.

Dans la journée du 13 juillet, vive cuisson sur la région latérale droite du thorax ; le malade y reconnut une éruption. Dans la nuit du 13 au 14, apparut une nouvelle poussée dessinant une large bande sur toute la face interne du membre supérieur droit, jusqu'au voisinage du poignet.

En même temps que l'éruption, le malade ressentit des douleurs fort vives au niveau de la partie postérieure du moignon de l'épaule, le frôlement des draps était intolérable. Depuis lors, ces douleurs ont persisté, et ont été la cause d'insomnies prolongées.

Depuis l'éruption, le malade a eu un léger mouvement fébrile, de l'agitation et même un peu de délire.

Etat actuel (19 juillet 1898). — Zona typique occupant le côté droit du thorax et la face interne du membre correspondant. L'éruption ne déborde pas en dehors de la ligne médiane du sternum. Elle est constituée par des groupes de vésicules citrines, bien pleines, reposant toutes sur une base érythémateuse. Cette plaque pectorale est orientée horizontalement

et située à trois ou quatre travers de doigt environ au-dessus du mamelon. En dehors, cette plaque ne débordé pas la ligne mamelonnaire verticale.

L'éruption recommence sur le bord antérieur de l'aisselle. A ce niveau, elle est constituée par un petit groupe de vésicules coalescentes, ecchymotiques. De petits groupes éruptifs sont disséminés dans le creux axillaire. De nombreux amas recouvrent toute la face antéro-interne du bras et de l'avant-bras. Les derniers éléments sont situés à deux travers de doigt environ au-dessus du poignet.

D'une manière générale, l'éruption occupe les territoires métamériques de la première et de la deuxième paire dorsale. Mais il y a quelques éléments aberrants, ainsi quelques petits groupes occupent la face postérieure du bras droit.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que de nombreux éléments sont situés à très grande distance des plaques de zona, soit sur le côté qui lui correspond, soit sur le côté opposé. Ils occupent surtout les régions latérales et inférieures du thorax, ainsi que les flancs et la région des hanches. La plupart de ces éléments sont de simples macules érythémateuses un peu surélevées ; mais quelques-unes sont surmontées d'un soulèvement vésiculeux, d'autres portent une petite croûte, vestige d'une vésicule excoriée.

Les ganglions de l'aisselle droite sont volumineux, mobiles et très douloureux à la palpation. Il en est de même du ganglion épitrochléen. Les ganglions du membre supérieur gauche ne sont pas perceptibles. Les ganglions de la partie cervicale droite sont plus volumineux que ceux du côté gauche.

Au niveau du zona, des régions du moignon de l'épaule et de l'omoplate, il n'y a pas de troubles de sensibilité tactile, douloureuse et thermique.

Actuellement, le malade n'a pas de fièvre ; l'appétit, qui avait un moment disparu, est revenu.

Pas de sucre, mais un peu d'albumine dans les urines.

OBSERVATION IV

(LEREDDE et JANSELMÉ.)

J... E., 42 ans, forain.

Le mercredi 6 juillet, ce malade ressent, au réveil, une douleur assez vive dans le moignon de l'épaule droite. Jusqu'au vendredi soir, la souffrance reste supportable, puis elle subit une recrudescence très accusée. La femme du malade constate alors une plaque rouge qu'elle frictionne avec du baume opodeldoch. Il y avait certainement de l'hyperesthésie, car la friction fut douloureuse. L'insomnie ne fut pas complète.

Le lendemain matin, 9 juillet, apparition d'une éruption sur la face postérieure du moignon de l'épaule droite. Une seconde poussée éruptive s'est produite le mardi 12 juillet ; elle occupe la partie antérieure droite du thorax ; quant à l'éruption située sur la partie latérale du thorax et qui relie les plaques antérieure et postérieure, elle daterait seulement du mercredi 13. Les douleurs étaient encore très vives ce dernier jour ; depuis, elles se sont calmées, et le malade dort bien la nuit.

Etat actuel (16 juillet 1898). — Vaste zona thoracique commençant en arrière, à la hauteur de la cinquième apophyse épineuse dorsale et descendant jusqu'à la septième. Elle dessine une longue bande de quatre travers de doigt de hauteur, qui se porte obliquement en bas et en dehors, de sorte que le bord inférieur est au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Une troisième se détache de la plaque principale, suit le bord postérieur de l'aisselle et descend sur le bord postéro-interne du bras, dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Cette plaque postérieure est d'un rouge vif : elle est hérissée de nombreuses vésicules, contenant un liquide séro-purulent.

Beaucoup de ces éléments ont le diamètre d'un grain de millet à un grain de chenevis. En beaucoup de points, ils sont coalescents, de manière à former des placards de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de un franc. Leur contour est toujours extrêmement déchiqueté et capricieux. Plusieurs bulles ont une coloration brun violâtre qui paraît due à des extravasa sanguins.

Autour de la grande plaque il y a de nombreux éléments aberrants et même des groupes constitués par cinq à dix bulles cohérentes.

Sur la paroi thoracique de l'aisselle, il existe un petit groupe n'ayant pas plus de 4 centimètres de diamètre. C'est une plaque hérissée de nombreuses vésicules à contenu à peine louche.

Il existe un assez grand nombre de vésicules aberrantes sur la peau de l'aisselle.

En avant, l'éruption est plus discrète qu'en arrière ; elle est constituée par une série de plaques érythémateuses disposées horizontalement à la suite les unes des autres, en série à peu près linéaires et recouvertes de vésicules de zona.

L'ensemble de ces placards est situé à environ deux travers de doigt au-dessus du mamelon droit. Le groupe le plus interne atteint la ligne médiane, mais ne la dépasse pas.

Ce qui est tout à fait anormal dans ce cas, c'est *le grand nombre des vésicules aberrantes*.

Sur le côté droit du thorax, il y en a de très nombreuses, situées à une grande distance des plaques éruptives. Ainsi, on en voit à la partie externe de la clavicule et sur le bord antérieur du trapèze ; sur la région cervicale et dans la fosse sus-claviculaire. On compte une dizaine de vésicules de zona tout à fait typiques sur les régions dorsale, lombaire, fessière,

trochantérienne et abdominale du côté droit. Une vésicule est située sur la face interne du tibia, un peu au-dessous du plateau tibial. Deux bulles sont dissimulées dans le cuir chevelu.

Du reste, le côté gauche du corps n'est pas épargné. Il existe des vésicules isolées, les unes contenant encore un liquide clair, les autres déjà suppurées. Elles sont répandues sur la paroi thoracique, le moignon de l'épaule, le bras et l'avant-bras, la région fessière, la face antérieure de la cuisse. Nous comptons facilement une trentaine de vésicules sur le côté gauche. Cette éruption sort par poussées successives, et nous avons sous les yeux une vésicule bien pleine et limpide qui date de la nuit dernière.

Nous insistons sur ce fait que les vésicules aberrantes ont l'aspect objectif du zona et sont identiques à celles qui sont groupées sur les placards du côté droit.

La sensibilité au froid est complètement abolie sur les plaques érythémateuses qui servent de base aux vésicules du zona et sur les portions de la peau saine intermédiaire.

En dehors des plaques érythémateuses, sur une bordure d'un centimètre et demi environ, la sensibilité est moins bien perçue que sur le reste du corps.

Pour la chaleur, même constatation : très grande diminution de la sensibilité thermique sur les placards de zona et sur les portions de la peau intercalaires.

La sensibilité tactile proprement dite est complètement abolie sur la plaque postérieure et très diminuée sur les plaques antérieures. L'analgésie est absolue sur le zona à sa partie postérieure : une piqûre profonde ne donne qu'une sensation de contact. Sur les plaques antérieures, la sensibilité douloureuse est simplement diminuée. Il n'y a pas d'analgésie au pourtour des vésicules aberrantes disséminées sur le côté droit ou sur le côté gauche du corps.

L'éruption a été accompagnée de quelques phénomènes généraux. Le malade avait perdu l'appétit et ressentit une courbature généralisée. Les urines contiennent un peu d'albumine. La température n'a pas dépassé 37°5. Elle est redescendue à 36°2 actuellement.

Le 15 juillet, jour de l'entrée, une inoculation est faite au bras droit du malade avec le contenu d'une vésicule sur une des plaques antérieures du zona ; une seconde inoculation est faite au bras gauche, avec le contenu d'une vésicule aberrante occupant le côté gauche du corps.

Le 18 juillet, trois jours après les inoculations, on n'observe aucune réaction inflammatoire au niveau des piqures.

La semaine suivante, Giraudean, à la même Société, rapportait deux autres cas analogues aux cas de Leredde et Janselme :

OBSERVATION V

(GIRAUDEAN.)

A..., 27 ans, entré à l'hôpital Necker en août 1895, se plaignant de douleurs vives dans le côté droit. La pression, au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux, est douloureuse, mais ce sont surtout les douleurs spontanées, revenant sous forme d'accès vespéraux qui sont pénibles pour le malade. Elles existent depuis deux jours environ, et s'accompagnent d'une légère élévation de température, le soir 38°, 38°3 ; langue sale, constipation, inappétence. Rien à l'auscultation, pas de toux, pas d'expectoration.

Traitement : sulfate de quinine, 0 gr. 50 ; un purgatif salin.

Le lendemain matin, apparition sur les parties latérales du tronc de trois larges placards rouges, présentant çà et là des petites vésicules transparentes.

Cette éruption alia en augmentant pendant deux ou trois

jours ; au bout de ce temps elle était constituée par des groupes de petites papules, par des petites vésicules transparentes, et surtout par de véritables bulles dues à la confluence d'un grand nombre de vésicules et remplies d'un liquide hémorragique.

Les douleurs persistaient aussi vives qu'au début et le malaise général était le même.

En même temps que cette éruption zostériforme se faisait sur le tronc, on pouvait constater sur tout le corps, et en particulier sur la face antérieure de la cuisse droite, la face externe du bras droit, la face postérieure de l'avant-bras gauche et la fesse gauche, l'existence d'éléments disséminés rappelant de tous points ceux des plaques de zona. La plupart étaient représentées par des papules présentant à leur sommet une minuscule croûte noirâtre, trace évidente de la rupture d'une petite vésicule : certaines papules mêmes ne présentaient à leur sommet aucune trace de vésicule excoriée ; en revanche, trois ou quatre vésicules avaient les dimensions de près d'un centimètre, légèrement excoriées au centre, renfermant de la sérosité hémorragique et entourées d'une auréole rouge. Ces vésicules erratiques subirent la même évolution que celles du zona proprement dit, et les croûtes les plus volumineuses finirent par se détacher peu à peu en même temps que celles des vésicules du thorax.

La guérison fut complète au bout de trois à quatre semaines, mais les douleurs persistèrent dans le thorax pendant près de deux mois.

Deux des vésicules erratiques laissèrent des cicatrices indélébiles tout à fait comparables à celles des plaques de zona.

Suit une seconde observation très détaillée dont nous ne reproduisons que les passages importants :

OBSERVATION VI

(GIRAUDÉAN.)

M. M..., 47 ans, originaire des Antilles, fut pris de fièvre et de symptômes généraux le 7 juillet 1898.

Une éruption de zona fit son apparition, puis s'étendit, pour occuper la région lombaire, l'aîne et la cuisse gauche à sa partie antérieure ; il s'agissait en définitive d'un zona lombofémoralis intense.

En même temps que l'éruption de zona se complétait, c'est-à-dire du 14 au 17 juillet, apparurent sur tout le corps des éléments, au nombre d'une trentaine, constitués, les uns par des petites papules pleines, d'autres par des papules à sommet excorié, noirâtre, d'autres enfin, vésiculeuses, renfermant un liquide roussâtre, ou même franchement noirâtre. Ces éléments étaient isolés ou bien réunis par-groupes de trois à quatre, mais occupant toute la surface du corps. On en rencontra en particulier trois ou quatre sur le cuir chevelu, autant également sur la figure, dans la barbe et les sourcils, une dizaine dans le dos du côté gauche, deux ou trois sur chaque membre supérieur, trois sur l'épaule droite, et enfin trois volumineux au niveau du genou droit, en dehors et en dedans de cette articulation.

Cette éruption était le siège de douleurs assez vives localisées au niveau des papules et des vésicules, mais non pas propagées suivant le trajet des nerfs.

Le 19 juillet, presque tous les éléments, aussi bien ceux des plaques de zona que ceux représentant des éléments aberrants, sont affaissés, leur contenu s'est évacué au dehors, surtout au niveau des grosses bulles, tandis que les vésicules peu volumineuses se sont affaissées insensiblement ; les douleurs sont encore vives, le malade ne peut supporter le contact des vête-

ments, mais il n'a plus de fièvre et il commence à s'alimenter avec plaisir.

Le 22 juillet, les croûtes commencent à se détacher, sauf au niveau des grosses bulles et des vésicules volumineuses. Les douleurs sont beaucoup moins intenses. Au niveau des plaques de zona il existe de l'anesthésie, localisée par places, mais on n'en rencontre pas au niveau des cicatrices des vésicules erratiques.

OBSERVATION VII

(HALSLUND.)

Nous avons trouvé l'observation de Halslund résumée dans les comptes rendus des *Archives de Neurologie* de septembre 1897 :

Halslund aurait observé dans son service d'hôpital un cas de zona dorso-abdominal chez une femme âgée de 59 ans. On trouvait simultanément sur toutes les régions du tégument une grande quantité de vésicules d'herpès, isolées, de date un peu plus fraîche que les vésicules de l'éruption de zona. En même temps on constatait la présence de vésicules sur les muqueuses du palais et de la langue.

Le résumé des *Archives de Neurologie*, à la fin de cet article, parle d'un autre cas analogue qu'Halslund aurait précédemment rapporté. Nous n'avons pu retrouver trace de ce cas. En outre, Halslund lui-même ajouterait avoir trouvé dans la littérature médicale deux cas du même genre, cas rapportés par Lipp et Wasielewski. Cela ajouterait trois cas aux observations que nous collationnons.

OBSERVATION VIII

(LACAPÈRE et FENET.)

Le nommé R..., âgé de 65 ans, tonnelier, entre à Saint-Louis pour un zona de la région lombo-abdominale droite.

L'affection a débuté, il y a quinze jours, par de violentes cuissons du flanc droit, accompagnées de malaise général, de fièvre, d'inappétence, d'insomnie.

Deux jours après, l'éruption zostérienne se caractérisait, comme il est de règle, par des plaques érythémateuses larges et sensibles, bientôt recouvertes de bouquets de vésicules herpétiques, et localisées à la région lombo-abdominale droite, depuis le rachis en arrière jusqu'à la ligne blanche abdominale, qu'un bouquet de vésicules dépassait même légèrement, empiétant de quelques centimètres sur le côté gauche de l'abdomen.

Jusqu'ici, rien que de très normal. Mais, deux jours après cette éruption principale, des vésicules aberrantes faisaient simultanément leur apparition sur tous les points du corps, sur la poitrine, sur le dos, sur les membres, en particulier à la face antérieure des cuisses, sur la face et même sur le cuir chevelu.

Ces vésicules, presque toutes isolées, quelquefois réunies par groupes de deux ou trois, se montrent sans aucune sytématisation, sans se calquer d'aucune façon sur la distribution nerveuse, ni sur la métamérie. Les deux côtés du corps sont atteints simultanément et sans aucune prédominance. Les vésicules clairsemées, sont assez régulièrement distribuées sur toutes les régions du corps. D'abord brillantes, elles évoluent absolument comme les vésicules zostériennes de l'éruption principale ; les unes sont aujourd'hui remplies d'un liquide louche ; d'autres recouvertes d'une croûte ; d'autres, enfin,

complètement desséchées, sont en voie de cicatrisation. Les phénomènes généraux ont entièrement disparu.

Une ponction lombaire, pratiquée dès l'entrée, a montré qu'il existait une lymphocytose pure, d'intensité moyenne (quatre à six lymphocytes par champ microscopique).

OBSERVATION IX

(Service du professeur NICOLAS. — Recueillie par M. GAUTHIER, interne du service.)

Zona cervico-brachial confluent, éruption disséminée d'éléments zoniiformes isolés. — Rhumatisme ancien. — Gros cœur, arythmie, myocardite ; insuffisance mitrale par endomyocardite rhumalismale. — Scoliose et pneumonie interstitielle chronique de la base gauche.

B... H., 47 ans, terrassier, entre dans le service du professeur Nicolas, à l'hôpital Saint-Pothin, le 10 juillet 1907.

Aucun antécédent morbide notable dans l'enfance. A la suite d'une baignade dans l'eau très froide, à l'âge de 17 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu qui le tint sept semaines au lit. A 20 ans, chancre mou avec adénite suppurée. Depuis sa jeunesse, le malade aurait toujours eu des palpitations de cœur qui ont été en augmentant au cours de ces dernières années, surtout à l'occasion d'un travail pénible.

Père et mère morts d'affections indéterminées ; un frère mort de pneumonie en dix jours, il y a dix-huit mois ; cinq frères ou sœurs perdus de vue par le malade.

Pas marié ; pas d'enfants. Depuis trois mois, le malade qui, jusqu'ici, n'avait jamais toussé a été pris de toux avec expectoration, sans crachement de sang. Dyspnée d'effort.

Il entre à l'hôpital pour une éruption de zona cervico-brachial droit ayant débuté il y a quatre jours. L'affection a com-

mençé par une sensation que le malade compare à des piquûres d'orties. En même temps se développait un érythème bientôt couvert de vésicules.

Actuellement, on peut distinguer dans l'éruption :

1° Une éruption localisée de zona cervico-brachial droit ;

2° Une éruption disséminée sur le tronc et les membres, éruption consistant en papulo-vésicules, franchement zostériennes.

A) *Zona cervico-brachial*. — Il est constitué par un vaste placard confluent, nettement limité sur la ligne médiane, disposé en mantelet sur l'épaule droite, remontant à la partie postérieure du cou, dans la région de la nuque, jusqu'au vertex, où l'on rencontre encore quelques éléments. L'éruption est constituée par des plaques érythémateuses confluentes, laissant quelques rares espaces de peau saine, allant en avant jusqu'au niveau du troisième espace intercostal droit, à trois travers de doigt au-dessous du mamelon et limité par la ligne médio-sternale. En arrière, elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, contourne l'épaule au-dessus de l'acromion pour rejoindre la face antérieure, après avoir laissé sur la face antérieure du bras un prolongement de quatre à cinq travers de doigt descendant jusqu'à la partie moyenne du bras environ. L'éruption remonte en arrière dans la région cervicale postérieure sur une zone limitée en arrière par la ligne médiane, en avant par le bord externe du trapèze. Quelques éléments disséminés à cet endroit jusqu'au vertex.

Sur l'éruption érythémateuse on constate de nombreuses vésicules, les unes miliaires isolées, les autres, plus volumineuses, confluentes par place, en placards de dimension d'une pièce de cinquante centimes à un franc ; la plupart des vésicules contiennent un liquide séreux, les autres un liquide hémorragique. Un certain nombre de vésicules sont rompues,

formant des exulcérations noirâtres, desséchées, croûteuses.

Cette description correspond au plexus cervical et aux trois premières paires du plexus brachial. Le malade éprouve quelques sensations cutanées, sans névralgie pourtant; la sensibilité objective paraît légèrement diminuée au niveau de la zone atteinte. A la face antérieure du bras, l'éruption typique de zona se prolonge sur trois travers de doigt par une zone purement érythémateuse au niveau de laquelle la peau est plus douloureuse; à ce niveau, la peau est nettement infiltrée, épaissie; sur la face externe de l'épicondyle, descendant jusqu'au niveau du pli du coude, on trouve une autre zone érythémateuse, pâle, au niveau de laquelle les téguments sont nettement épaissis.

B) *Eruption disséminée.* — En outre, le malade présente, disséminée sur le tronc et les membres, une éruption d'éléments de dimensions et de types variables, allant de la petite papule érythémateuse à la papulo-vésicule, et même pour quelques éléments jusqu'à la vésicule zostérienne, tout à fait superposables aux éléments isolés du placard de zona cervico-brachial. Il s'agit donc indiscutablement, au point de vue de la morphologie clinique, d'une véritable éruption zostérienne évoluant avec le zona cervico-brachial. Quelques-uns de ces éléments ont déjà leurs vésicules rompues, avec leur centre croûteux. Rien dans la cavité buccale.

Le malade présente un certain degré de cyanose des extrémités supérieures.

Le malade digère bien, la langue est bonne; insomnies depuis le début de l'éruption. La pointe du cœur bat dans le sixième espace, à trois travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire. Le cœur bat à 120; l'arythmie est très irrégulière, parfois en salves, parfois avec tendance au rythme couplé, souffle systolique de la pointe, en jet de vapeur, piau-

lant, se propageant loin dans l'aisselle, mais non dans le dos. Légère scoliose à convexité dorsale droite ; submatité de la base gauche avec bouffées de râles fins inspiratoires. Foie et rate normaux ; pas d'œdème des jambes ; ni sucre, ni albumine.

Le 17 janvier, sur l'éruption de zona cervico-brachial, en voie de disparition, s'est fait une poussée furonculaire confluente de la région antérieure et de la région de la nuque. Il s'agit bien de furoncles véritables avec bourbillons ; quelques éléments furonculaires ont essaimé à distance, au niveau du coude gauche et dans la barbe à droite, entre autres.

Les éléments de zona disséminés ont subi exactement l'évolution des éléments du zona confluent : dessiccation, formation d'une croûte noirâtre qui se détache facilement.

29 juillet. — Les furoncles de la partie antéro-inférieure de la plaque zoniforme ont évolué rapidement vers la guérison, mais ceux de la nuque et de l'épaule ont pris l'aspect de deux vastes anthrax, avec un grand nombre de bourbillons nécrosés sous-jacents et des décollements assez étendus, avec une indolence relative.

Incision large au thermocautère et drainage avec contre-ouverture.

31 juillet. — Les lésions furonculaires évoluent vers la cicatrisation. Au niveau des points de zona qui n'ont pas été le siège de la poussée furonculaire, l'éruption a laissé des traces cicatricielles, déprimées, blanc rosé, avec pigmentation considérable à la périphérie. De même les éléments de zona disséminés sur le tronc et le cuir chevelu ont en certains points laissé des cicatrices gaufrées, même varioliformes.

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATION DES FAITS

Nous avons donc pu recueillir neuf observations tout à fait superposables, ce qui, avec le cas d'Halslund et les deux cas de Lipp et Wasielewski, dont nous n'avons pu retrouver trace, et les quatre observations de Molinié que nous avons brièvement résumées, porterait à seize le nombre de ces cas de zona accompagné d'une éruption disséminée très nette, véritable semis à distance et sans ordre de vésicules zostériennes; ce ne sont plus là les simples vésicules aberrantes de Tenneson, qui nécessitaient cet examen attentif journalier pour être découvertes, peu nombreuses, éloignées les unes des autres, discrètes; de par ces observations déjà nombreuses, nous voyons que nous avons affaire à un zona à type bien spécial, où les placards érythémateux eux aussi sont souvent loin du siège principal, où les vésicules aberrantes sont souvent groupées en bouquet, évoluant franchement, ayant tous les caractères enfin du zona proprement dit localisé.

Ces cas méritent donc bien le nom de zona avec éruption généralisée. Mais, comme le font remarquer Laca-

père et Fernet, on ne peut pas, dans ces cas, mettre uniquement l'étiquette plus simple de zona généralisé. En effet, nous voyons que, dans toutes ces observations, il y a d'abord, attirant l'attention en premier lieu, évoluant franchement et pour son propre compte, un zona localisé typique. A côté, avec moins de phénomènes subjectifs, évolue l'éruption généralisée au hasard du téguement. Nous ne croyons pas qu'il existe de véritable zona généralisé à proprement parler, à savoir de zona qui se résumerait dans une éruption fantaisiste, non ordonnée, vésicules isolées et non groupées.

Nous n'avons pu recueillir aucun fait de ce genre.

En outre, il est à remarquer que tous ces phénomènes se passent par poussées successives, avec ou sans recrudescence des symptômes généraux. Le zona localisé d'abord, puis une vésicule, puis une autre, un bouquet ailleurs, et ainsi de suite, vésicules éclochant quand les autres déjà se dessèchent, si bien que l'évolution rappellerait une véritable varicelle; d'ailleurs plus loin, nous aurons à retrouver cette comparaison.

Donc, nous restons en présence d'un type clinique bien net de zona :

Zona localisé s'accompagnant d'une éruption généralisée évoluant par poussées successives.

Que conclure de ces faits ?

Halslund, publiant sa seconde observation de zona avec éruption généralisée, concluait en pensant que des faits de ce genre militent en faveur de la conception du zona comme maladie infectieuse aiguë, surtout quand on les rapproche des autres points d'assimilation que la maladie possède avec les fièvres exanthématiques, savoir

la marche cyclique de toute la maladie, l'immunité acquise, l'apparition épidémique...

Tous ces caractères du zona, Landouzy les avait résumés dans sa leçon « la fièvre zoster », en 1883, où il reprenait avec son expérience personnelle et ses observations nouvelles les idées de Hardy. Le zona serait une maladie générale, une maladie infectieuse.

Et il se base, pour l'établir, sur de nombreuses raisons :

D'abord sur la fièvre, légère, il est vrai souvent, si bien qu'on n'en pas toujours tenu assez compte; Blaschko, dans 127 cas observés, a trouvé une fièvre notoire dans un tiers des cas; de même Fabre (1) l'a constatée souvent.

Puis sur les troubles généraux, la soif, la céphalalgie, l'anorexie et un certain malaise général, tous phénomènes souvent peu intenses, mais existant malgré tout dans la plupart des cas, accompagnant ou précédant l'éruption. Mais surtout, ce qui frappe Landouzy, c'est l'épidémicité et encore plus l'immunité acquise, et il le développe longuement, minutieusement. On a été jusqu'à publier des cas nets de contagion (Baudoin, Bouygues : zona conjugal). Dopter, épidémicité, 3 soldats.

C'est Hardy, puis Kaposi (2), les premiers qui ont soutenu l'unicité et la non-récidive du zona.

Besnier et Doyon, dans les notes dont ils accompagnaient la traduction du livre de Kaposi, disaient que « cette unicité du zona était inexplicable par la théorie

(1) FABRE. — Le Zona, 1882.

(2) KAPOSI, trad. BESNIER et DOYON. *Leçons sur les maladies de la peau.*

trophique »; qui veut que les troubles cutanés dérivent directement des troubles du nerf.

C'est là-dessus que Landouzy établit sa théorie de l'infection; il montra que d'autres maladies ont le privilège de l'unicité, maladies qui sont générales, les oreillons, par exemple, la coqueluche encore, et même la scarlatine. Il admet que toute l'économie est imprégnée par un agent infectieux, mais qui a tendance à se localiser sur le ganglion spinal, « comme les oreillons se déterminent sur la parotide (1) ».

Le zoster est une neuropathie à expressions cutanées, la maladie se détermine d'abord sur l'appareil nerveux, c'est indiscutable. C'est donc une maladie générale infectieuse, à détermination d'abord neuropathique, puis cutanée, par dystrophie secondaire.

Cela est bien pour les cas de zoster localisé; mais dans les cas que nous rapportons, depuis ceux dans lesquels l'éruption commence à quitter le type classique, jusqu'à ceux où elle se généralise, y aurait-il une relation nette entre l'éruption et les terminaisons nerveuses? Probablement, car la neuropathie existe d'abord, avant l'éruption; il y a d'abord un zona localisé. Dans nos cas, la maladie prend de l'extension, elle ne traduit plus seulement ses effets sur une partie isolée du système nerveux, mais elle deviendrait capable de manifester son existence « sur des rameaux isolés et multiples de nerfs n'ayant entre eux aucun lien anatomique (2). »

Par ces cas de généralisation de l'éruption, nous pou-

(1) LANDOUZY, *loc. cit.*

(2) GIRAudeau, *loc. cit.*

vons voir que l'affection est capable de se déterminer en plusieurs endroits, manifestant ainsi l'imprégnation de toute l'économie.

Et cela entrerait bien dans l'hypothèse du zona maladie générale, car nous savons que beaucoup de maladies générales à déterminations locales ont aussi des généralisations, telles, par exemple, les oreillons que nous cite Landouzy.

Et ce qui ajouterait encore à cet essai de démonstration rapide du zona comme maladie générale infectieuse, c'est que l'on peut retrouver, en outre du symptôme éruption, d'autres symptômes du zoster à distance de la localisation principale, névralgies, anesthésies, hyperesthésies, paralysies... tous concourant à montrer l'imprégnation de l'organisme.

CONCLUSIONS

I. — Le zona classique et typique est une éruption érythémato-vésiculeuse localisée au territoire cutané dépendant d'un ganglion spinal atteint par l'affection.

II. — Il existe des cas où l'éruption semble quitter un territoire nerveux déterminé pour revêtir des formes atypiques : zonas dédoublés, zonas avec placards aberrants, zonas hémiplogiques.

III. — Enfin, il y a des cas où on a une véritable éruption disséminée, avec vésicules assez abondantes, au point que ce ne sont plus simplement les vésicules aberrantes de Tenneson, mais une véritable « éruption généralisée ».

IV. — Dans ce cas, toujours il existe primitivement un herpès zoster localisé typique, l'éruption généralisée se faisant par poussées successives.

V. — Ces formes seraient en faveur de l'hypothèse déjà soutenue que le zona est une maladie infectieuse génée-

rale, susceptible non seulement de localiser son éruption sur un territoire nerveux déterminé, ce qui est la règle habituelle, mais pouvant l'étendre parfois à des terminaisons nerveuses quelconques, sans ordre apparent.

Vu :

Le Président de la Thèse,

NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 mai 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Traité clinique des maladies de la peau.
- BALDET. — Pathogénie du zona. Thèse de Paris, 1895.
- BAUDOUIN. — Zona conjugal, *Touraine médicale*, mai 1901.
- BLASCHKO. — Zona, maladie générale, *Arkiv für Dermat.*, 1898.
- BOULLAND. — Les zonas bilatéraux. Thèse, Paris, 1888.
- BOUYGNES. — Contagion et pathogénie du zona, *Archives gén. de médecine*, mai 1901.
- CHAVANNE. — Zona double de l'oreille, *Société franç. d'otologie et rhinologie*, 1906.
- CHAMPION. — Manifestations à distance du zona. Thèse, Paris, 1900.
- DONGRADI. — Topographie du zona. Thèse, Paris, 1895.
- DOPTER. — *Revue de Médecine*, mai 1901.
- FABRE (de Commentry). — Le zona, 1882.
- Zonas dédoublés et bifurqués, *Progrès Médical*, octobre 1903.
- FÉRÉ. — Notes sur les vésicules aberrantes dans le zona, *Bulletin de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 1898.
- FOURNIER (A.). — Société de dermatologie, juillet 1900.
- FOURNIER (E.). — Un cas de zona disséminé à presque toute la moitié gauche du corps, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895.
- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau.
- GIRAudeau. — Vésicules aberrantes du zona, *Bulletin soc. méd. des hôp. de Paris*, 29 juillet 1898.

- HALSLUND. — Zona, à propos d'un cas avec éruption généralisée, *Nordiskt medicinskt Arkiv*, Stockholm, 1897 (analysé dans la *Revue de Neurologie*, septembre 1897).
- JANSELME et LEREDDE. — Vésicules aberrantes du zona, *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 juillet 1898.
- KAPOSI. — Trad. Besnier et Doyon. Leçons sur les maladies de la peau.
- LANDOUZY. — Herpès zoster et fièvre zostérienne, *Semaine médicale*, 1883, p. 245.
- LEGENDRE. — Vésicules aberrantes du zona (discussion), *Bulletin de la soc. méd. des hôp. de Paris*, juillet 1898.
- LACAPÈRE et FERNET. — Zona avec vésicules aberrantes généralisées, *Bulletin de la soc. fr. de dermatol.*, février 1909.
- MOLINIÉ. — Les vésicules aberrantes du zona. Thèse, Paris, 1896.
- RIST. — Le zona, pratique dermatologique (Besnier, Brocq et Jacquet).
- TENNESON. — Leçons sur les maladies de la peau.
- TESTUT. — De la symétrie dans les affections de la peau. Thèse Paris, 1876.

